FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1926 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre GOULARD

Né le 19 Janvier 1898, a Saint-Clar (Gers)

Les KYSTES de la PROSTATE

PRÉSIDENT : M. LEGUEU, Professeur

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

OLLIER-HENRY, ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e^ Arr.)

1926

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. ROGER
I. — Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBE
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY
Clinique médicale	GILBERT BEZANÇON ACHARD WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET HARTMANN LEJARS GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BRINDEAU JEANNIN COUVELAIRE
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	CHIRAY	Pathologie médicale
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	CLERC	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	DEBRE	Hygiène.
BASSET	Pathologie chirurgicale.	I. de JONG	Anatomie pathologique.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	DUVOIR	Médecine légale.
BINET	Physiologie.	ÉCALLE	Obstétrique.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.	FIESSINGER	Pathologie médicale.
BRANCA	Histologie.	FOIX	Pathologie médicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.	GARNIER	Pathologie expérimentale
CADENAT	Pathologie chirurgicale.	HARVIER	Pathologie médicale.
CHAMPY	Histologie.	HEITZ-BOYER	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE.	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie.
LABBÉ Henri..	Chimie biologique.
LARDENNOIS .	Pathologie chirurgicale
LE LORIER....	Obstétrique.
LEMAITRE....	Oto-rhino-laryngologie.
LEVY-SOLAL..	Obstétrique .
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgicale.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.

MM.	
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils ..	Physiologie.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU...	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET.....	Pathologie médicale.
VELTER.....	Ophtalmologie.

III.— Agrégés rappelés à l'exercice pour la période des examens

MM.	
GOUGEROT....	Pathologie médicale.
GUENIOT.....	Obstétrique.

MM.	
RETTERER	Histologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique à titre permanent

MM.	
AUVRAY	Clinique chirurgicale
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBOULLET .	Clinique médicale infantile.

MM.	
LERI.....	Clinique médicale.
LŒPER.....	Clinique médicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V.— Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.....	Education physique.
LEDOUX-LEBARD.....	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

À MA MERE

A MES PARENTS

Meis et Amicis

A Monsieur le Docteur PAPIN,

Chirurgien de l'Hôpital St-Joseph

Hommage de ma respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur VERLIAC,

Chef de laboratoire de l'Hôpital Necker

qui nous a inspiré ce travail et nous a guidé dans son élaboration par ces bienveillants conseils; qu'il trouve ici l'expresssion de notre respectueuse reconnaissance.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU,

Professeur de clinique urologique à la Faculté de Médecine de Paris.

Membre de l'Académie de Médecine

Chirurgien de l'Hôpital Necker

Officier de la Légion d'Honneur

En témoignage de notre respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A MES MAITRES

de l'Ecole de Médecine et des Hôpitaux de Limoges

A MES MAITRES

de la Faculté de Médecine et des Hôpitaux de Paris

INTRODUCTION

Dans son « *Traité pratique des maladies des voies urinaires* » (1861), Thompson prétend que les kystes de la prostate sont très fréquents « à l'âge où l'organe éjaculateur devient impuissant, sans que l'activité fonctionnelle de la glande soit épuisée ». Ayant admis cette variété, il dit plus loin : « On voit souvent dans la prostate de petites cavités qui ont reçu le nom de kystes, spécialement chez les gens âgés. Si par le terme de kyste, on entend désigner un corps celluleux à parois minces ou un sac de forme sphéroïdale, ou à peu près, contenant un liquide ou un élément de nouvelle formation et non une simple dilatation d'une cavité déjà existente, alors je ne connais pas, dans la prostate, d'affection pareille. »

Thomson ne formulerait probablement plus aujourd'hui une semblable assertion, tout au moins d'une façon aussi catégorique. Nous savons en effet maintenant, que l'on trouve parfois dans la prostate, des formations que l'on peut qualifier, à coup sûr, de kystiques, même au sens que le chirurgien anglais prêtait à ce terme.

Nous nous efforcerons donc d'étudier ici toutes les productions kystiques, non parasitaires, de la glande prostatique.

Nous laisserons de côté les kystes hydatiques : ces derniers, quoique affectionnant peu la région prostatique, s'y rencontrent parfois cependant. Ils ne sont, d'ailleurs, jamais primitifs et, même ceux qu'on affirme avoir rencontré en pleine prostate, ont toujours été secondaires à des formations hydatiques préexistantes en d'autres points de l'organisme. Leur propagation s'effectue par voisinage pour certains, par voie sanguine pour d'autres : nous n'avons pas à les étudier.

Nous ne nous occuperons pas, non plus, de ces formes d'hypertrophie prostatique, rencontrées parfois et qui ont pu, au point de vue anatomique, être qualifiées de kystiques. Il semble d'ailleurs que c'est d'elles seules que Thompson reconnait l'existence.
Cependant comme elles rentrent toutes dans le cadre clinique et que leur symptomatologie est celle de cette dernière affection, nous ne les étudierons pas.

Nous devrons, aussi, ranger dans une catégorie à part, les kystes de l'utricule prostatique. Mais, comme nous ne possèdons qu'une seule observation de ce genre de kyste, nous donnant des renseignements cliniques, nous l'étudierons à ce point de vue avec celles qui se rapportent aux cas que nous avons à considérer. Nous ne nous occuperons des autres cas de kystes utriculaires qu'au point de vue anatomo-pathologique, parce qu'ils furent tous des trouvailles d'autopsie.

HISTORIQUE & ÉTUDE CLINIQUE

La bibliographie des kystes de la prostate est comme nous le verrons, très pauvre.

Signalés pour la première fois par Morgagni, ils ne nous sont connus ensuite que par la thèse de Béraud en 1857. Béraud nous donne en effet, une observation de Dolbeau, très incomplète d'ailleurs. Planty-Mauxion dans sa thèse, ne s'intéresse guère qu'aux kystes hydatiques : il nous parle pourtant d'un cas de Home qu'il présente comme kyste glandulaire, mais qui semble n'être que celui d'un diverticule de la vessie. Cruveilher reproduit un cas dans son atlas et Le Dentu présente deux ou trois pièces anatomiques, Englisch et Desnos nous apportent l'un et l'autre un cas, fruit d'une trouvaille d'autopsie.

Parmi les cas les plus récents, citons ceux de Abbe, de Socin, de Bürckhardt, de Kornfeld, de Castano, les uns et les autres plus ou moins complets. Enfin, en 1910, MM. Legueu et Verliac publient une observation intéressante et complète.

Les kystes de l'Utricule sont, aussi, rares et ne nous sont connus que par Falta, Englisch, Springer et, plus récemment par Mikhailow.

Citons enfin deux cas de lymphangiomes kystiques : le premier de Reichel, le second de Liébi.

Un cas tout à fait récent (13 janvier 1926) a été observé par le docteur Papin et étudié par le docteur Verliac au point de vue anatomo-pathologique. Ils ont bien voulu nous le communiquer et nous sommes heureux de leur dire ici combien nous leur en sommes reconnaissant ; c'est grâce à eux que nous avons été amenés à entreprendre cette modeste étude.

Ce cas est d'un haut intérêt à plusieurs points de vue : d'abord parce qu'il est complètement inédit, ensuite parce qu'il est un des rares où le diagnostic a pu être fait et l'opération pratiquée en connaissance de cause et avec succès; enfin parce que ce cas est celui d'une variété de kyste de la prostate qui n'a encore, à notre connaissance, jamais été signalée.

Nous ne pouvons mieux faire que d'en donner ici, tout d'abord, la relation clinique complète nous réservant de donner plus loin les renseignements anatomo-pathologiques qu'il nous offre.

OBSERVATION

M. B..., âgé de 42 ans.

S'est présenté à ma consultation de l'hôpital Saint-Joseph le 13 janvier 1926, adressé par le docteur Couturier, pour une tumeur kystique du lobe droit de la prostate.

Les différents troubles qui ont amené le malade à consulter ne remontent qu'à deux mois.

Ce sont des douleurs périnéales sourdes, avec sensation de tension pénible et propagation de la douleur tout le long de la verge jusqu'au gland.

Le malade est habituellement constipé, mais les selles ne sont pas douloureuses, sauf au cours de poussées hémorrhoïdaires qui ont débuté également il y a deux mois.

Pas d'écoulement urethral. Les urines sont limpides et l'ont toujours été. Il n'y a jamais eu d'hématurie.

Le malade a légèrement maigri pendant ces deux mois.

Dans les antécédents personnels, on note une coxalgie droite à 8 ans ½, guérie avec un raccourcissement de 8 centimètres.

Le malade n'a jamais eu ni blennorrhagie ni syphilis. Il est marié, sa femme est bien portante ; il a une fille de 7 ans bien portante. Ses parents sont vivants et bien portants.

Le toucher rectal fait sentir une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, presque médiane, un peu déviée à droite. Cette tumeur est lisse, régulière, rénitente, donnant la sensation d'un kyste et absolument indolore. Elle se détache du reste de la prostate dans laquelle elle est, pour ainsi dire, incrustée. On sent, de chaque côté, les lobes de la prostate de volume normal.

Le 21 janvier, je fais l'urethroscopie postérieure au Mac-Carthy. Il n'y a aucune lésion apparente, le véru-montanum est refoulé légèrement vers la gauche, mais il est normal et non enflammé. Dans l'utricule prostatique largement ouvert, j'introduis une sonde urétérale qui ne pénètre que de 5 à 6 millimètres.

Il ne s'agit donc pas d'un kyste de l'utricule. Le 22 janvier, intervention : incision prérectale qui conduit dans l'espace décollable. Le kyste apparaît très nettement saillant sur le reste de la prostate. On circonscrit la tumeur par une incision circulaire et on dissèque en plein parenchyme prostatique pour extirper le kyste sans l'ouvrir.

Le kyste enlevé, on place un tamponnement dans l'espace rétro-prostatique et on met deux points de suture aux extrémités de la plaie. Le tamponnement est enlevé au bout de quarante-huit heures, mais il se produit alors une petite

hémorrhagie, qui nécessite un nouveau tamponnement, celui-ci n'est enlevé que le 7e jour. — Les suites ultérieures ont été parfaites. Le malade quitte l'hôpital le 5 février entièrement guéri. »

Maintenant que nous sommes en possession des renseignements cliniques que nous a livrés cette observation, il nous paraît utile de rechercher ceux que pourront nous donner les cas précédemment publiés de Kystes de la Prostate.

Nous savons déjà qu'il ne faut pas nous attendre à avoir à notre disposition le secours d'une littérature abondante. Il est entendu encore que nous avons affaire ici à une affection relativement peu fréquente. Les hasards d'une autopsie ou d'une opération chirurgicale ont pu donner à certains auteurs l'occasion d'observer quelques cas de productions kystiques de la prostate, mais il est permis de se demander si un plus grand nombre encore n'est pas passé inaperçu, soit parce que ces kystes, grâce à leur siège ou parce qu'ils n'avaient pas eu le temps d'arriver à un développement suffisant n'ont donné lieu qu'à des manisfestations cliniques trop peu importantes pour amener le malade au médecin, soit encore parce que les troubles qu'ils ont pu engendrer ont été mis sur le compte d'une autre affection de la prostate : l'hypertrophie par exemple.

Quoi qu'il en soit les cas observées sont encore assez nombreux pour nous livrer en quantité suffisante les matériaux qui nous sont nécessaires pour construire notre édifice clinique. Malheureusement tous n'y concou-

rent pas au même titre. A côté d'observations précises et détaillées, — dont l'une : celle que MM. Legueu et Verliac ont publiée en 1910, nous sera d'un précieux secours — nous en trouvons d'autres qui nous donnent si peu de renseignements qu'elles sont presque inutilisables.

Nous nous efforcerons néanmoins d'extraire de chacune le maximum de données cliniques qu'elle renferme.

Dans l'observation de Thompson qui est plutôt un compte-rendu de quatre ou cinq lignes, nous voyons qu'il s'agissait d'un enfant de 9 ans présentant de la rétention et qu'on ne pouvait sonder. Une ponction faite par le rectum donna issue non pas à des urines mais au contenu d'un kyste et le petit malade fut guéri.

Planty-Mauxion dans sa thèse (1878) rapporte le cas d'un malade de Home, âgé de 66 ans, et qui était dans l'impossibilité de rendre ses urines. La sonde ne pouvait pénétrer plus loin que la glande prostate. Examinée par le rectum, cette glande ne paraissait pas engorgée. A l'autopsie on trouva une poche de la grosseur d'une orange moyenne et que l'on crut être un kyste. Comme nous le verrons plus loin, en étudiant les observations au point de vue anatomo-pathologique, il pourrait d'ailleurs ne s'agir ici que d'un diverticule de la vessie.

Abbe opéra un homme de 35 ans qui, il y avait un an, avait eu une crise de rétention. A partir de ce moment-là on avait toujours été obligé de le sonder. Cependant sa vessie continua toujours à contenir un résidu évalué à « une pinte », résidu dont on ne pouvait s'expliquer l'origine. Le malade n'avait pas de calculs, sa prostate

ne paraissait pas augmentée de volume et, pour Abbe « la seule explication plausible était une atonie persistante de la vessie à la suite d'une surdistension ». Abbe fit donc une cystotomie sus-pubienne pour explorer la vessie et trouva une tumeur kystique qu'il enleva.

Bürckhardt et Socin qui ont publié dans la *Deutsche Chirurgie* un ouvrage sur les maladies de la prostate consacrent aux kystes une étude assez détaillée. Ils rapportent chacun un cas observé personnellement.

Celui de Bürckhardt qui, seul donne des renseignements cliniques a ceci d'intéressant qu'il est un des rares qui ont pu être diagnostiqués *intra vitam* et opérés avec succès. Il s'agit d'un officier de 51 ans n'ayant aucun antécédent personnel ou héréditaire susceptible d'être retenu. Six mois auparavant les accidents éclatèrent brusquement : dysurie puis rétention partielle durant deux jours. Quatre mois après cette première atteinte le malade fut pris d'un nouvel accès. Au moment où il fut vu par Bürckardt ce malade était devenu un urinaire.

« Les mictions ne se faisaient plus que goutte à goutte. Les besoins violents et douloureux se répétaient toutes les demi-heures et les mictions ne se produisaient, dans les conditions que nous avons signalées, qu'après des efforts pénibles. »

A l'examen, on se trouve en présence d'un homme vigoureux ayant joui auparavant d'une santé excellente.

La sonde exploratrice fait sentir, au niveau du colliculus, comme un bourrelet ferme, un peu sensible au contact de la sonde. — Une sonde élastique parvient facilement jusque dans la vessie et permet de retirer 480 cc. d'urine résiduelle, claire et acide.

Le toucher rectal fait percevoir une prostate à peine augmentée de volume et inégalement : le lobe droit est un peu plus gros que le gauche.

A la cystoscopie apparaît, juste au milieu du fond vesical, à peu près dans la région voisine de l'orifice urethral, une tumeur de la grosseur d'une noix, ronde, paraissant couverte d'une muqueuse gris-rosée parcourue par quelques vaisseaux dilatés dont le plus important faisait le tour de la tumeur. Tout autour, des formations trabéculaires se montraient sur la muqueuse vesicale. Les deux lobes prostatiques ne faisaient pas saillie dans le fond de la vessie. »

Kornfeld nous apporte lui aussi un cas bien curieux mais sur lequel nous n'avons que des données trop incomplètes pour qu'il nous soit possible d'en tenir un grand compte.

« Il s'agit d'un homme de 30 ans arrivant en état de retention complète. — Depuis un an, il avait des mictions difficiles ainsi que des troubles au moment de l'érection et de l'éjaculation qui s'accompagnait d'hémorragies minimes.

Au toucher rectal on eut la sensation d'une grosse tumeur du lobe gauche de la prostate. La pression du doigt n'était pas douloureuse mais, en l'accentuant un peu la tumeur s'évanouit en même temps que s'écoulait par l'urèthre un liquide sereux légèrement hématique. Aussitôt la miction spontanée redevint possible et tous les troubles disparurent. »

Nous arrivons maintenant à l'étude de l'intéressante observation publiée par MM. Legueu et Verliac. Nous nous contenterons ici d'en extraire les principales données cliniques qu'elle nous offre.

« C'est un malade de 44 ans qui entrait dans le service du professeur Legueu à Tenon avec une infection urinaire arrivée à son plus grave degré. — Les troubles dont il souffrait

ne remontaient qu'à un an et il ne présentait aucun antécédent personnel ou héréditaire. Il avait eu tout d'abord des troubles de la miction : mictions en petite quantité et plus fréquentes la nuit que le jour. En même temps, il avait la sensation d'un poids très lourd dans le bas-ventre. Depuis quatre ou cinq mois, il ressentait en outre, quand sa vessie était pleine et se contractait, une violente douleur dans le rein gauche. Les troubles et les douleurs se sont accusés dans les derniers temps.

A son entrée, le malade est jugé dans un état très grave : langue sèche, abattement ; température à 38°. La vessie très distendue remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Les mictions sont presque continues et les urines des 24 heures atteignent 3 l. 500.

L'explorateur à boule introduit en suivant les règles qui commandent le cathétérisme en pareille circonstance ne trouve pas d'obstacle, excepté dans la partie la plus profonde du canal, dans la traversée de la prostate, où il rencontre un obstacle qui se laisse franchir facilement si l'on insiste. Une sonde à béquille n° 18 passe facilement et évacue 550 gr. d'urine trouble et fétide. Deux sondages par jour et des lavages au nitrate d'argent sont prescrits. Le malade s'améliore légèrement après avoir d'abord paru sur le point de succomber. Ses urines toujours très abondantes témoignent de la lésion certaine de ses reins.

On procéda alors à un nouvel examen.

Il montra que l'urèthre ne présentait aucune sténose. La prostate, au toucher rectal, n'était pas grosse : sa surface paraissait à peine convexe, ses deux lobes latéraux peu délimités et son bord supérieur accessible. Les sondes rigides ne donnaient aucune sensation d'obstacle : cette sensation était seulement perçue, toujours dans les mêmes conditions et aux confins du col de la vessie par l'explorateur à boule. A l'explorateur métallique, la prostate faisait une saillie insignifiante dans la vessie. Cette dernière montrait dans sa cavité ces colonnes qui attestent une longue lutte contre un obstacle permanent.

Les reins étaient sentis tous les deux : le droit surtout qui était même douloureux.

Le malade ne présentait du côté du système nerveux aucun signe pouvant faire croire à une affection des centres : réflexes intacts, sensibilité parfaite, pupilles s'accommodant parfaitement.

Cette rétention ne s'expliquait donc que par cet obstacle perçu dans l'urèthre. On devait rejeter les hypothèses d'hypertrophie de la prostate, celle-ci étant de volume normal, et de rétrécissement dans la prostate : chose exceptionnelle et que rien dans les antécédents n'autorisait à admettre. De même, on écarta l'hypothèse de rétrécissement congénital, ce dernier ne siégeant pas aussi loin dans la prostate. On ne pouvait penser à faire une prostatectomie qui n'aurait pas été supportée par le malade, mais une opération de Bottini fut décidée au cours de laquelle on espérait voir et atteindre l'obstacle qui paraissait la cause de cette rétention. »

Cette intervention ne donna pas les résultats attendus et on dut se border à une opération palliative. Quelques jours après le malade mourait des suite d'un œdème aigü du poumon.

Comme nous le verrons plus loin, l'autopsie permit de découvrir un kyste de la partie antérieure de la prostate.

Le cas qui nous est rapporté par Castano, sous l'étiquette de kyste hématique de prostate, est celui d'un homme de 67 ans atteint de diabète et ayant eu, dans les urines des 24 heures, jusqu'à 30 gr. de sucre.

« Il présentait, dit l'auteur, des symptômes de prostatisme : mictions fréquentes, surtout la nuit, difficulté pour uriner et de plus une paresse intestinale de plus en plus marquée. Les lavements auxquels il avait eu longtemps

recours avaient fini par n'avoir plus aucune action. Les deux derniers mois, surtout, les besoins d'uriner et d'aller à la selle étaient devenus presque continuels et ces besoins ne pouvaient être satisfaits. Ce malade n'avait jamais eu d'hématuries. Au moment où il vint consulter on constata une vessie distendue remontant jusqu'à l'ombilic. La rétention était complète. Par la sonde, on retira 100 gr. d'urine. Deux jours après, la vessie fut vidée complètement. Au toucher rectal, on avait la sensation d'une tumeur, grosse comme une moyenne orange et obstruant le rectum. Cette tumeur semblait lisse, résistante, molle et non dépréssible. Le diagnostic de grande hypertrophie de la prostate fut porté.

Après un régime ayant fait notablement diminuer la quantité de sucre (8 gr.) l'opération pratiquée fit trouver une tumeur pleine d'un liquide sanguin noirâtre occupant la prostate. »

Les renseignements cliniques que nous allons tirer de l'observation dont nous parlerons maintenant et qui est de Liebi se rapportent à un cas un peu différent des précédents : un cas de lymphangiome kystique auquel Liebi reconnaît une cause congénitale et dont les récidives nombreuses sont remarquables.

« Il s'agit d'un homme de 46 ans, habitant un village éloigné et envoyé par son médecin traitant à la clinique du Professeur de Quervain pour rétention et impossibilité de réussir le cathétérisme. Ce malade avait eu au régiment, vingt ans auparavant, une blennorrhagie suivie longtemps d'une goutte militaire, mais sans troubles urinaires. Sa santé, avant comme après cette affection, avait été bonne. Les premiers symptômes de la maladie pour laquelle il consulte ont commencé à se montrer 3 mois auparavant ; les mictions sont devenues difficiles, le matin, au réveil surtout. Après de violents efforts, souvent même après une

longue attente l'émission d'une petite quantité d'urine finissait par se produire, mais le jet était très faible. Dans le courant de l'après-midi les besoins se répétaient jusqu'à douze fois. Le médecin consulté porta le diagnostic de prostatite chronique ; son malade ne venait le voir que tous les trois jours pour se faire sonder ; jamais il ne retira de la vessie une quantité importante d'urine.

Le jour de son entrée à la clinique, le malade s'était trouvé dans l'impossibilité complète d'uriner et le cathétérisme n'avait pu être réussi.

L'examen montra une vessie donnant de la matité de la symphyse jusqu'au voisinage de l'ombilic. Le toucher rectal fit percevoir dans la région prostatique une tumeur molle et élastique, tout à la fois, d'une plus forte dimension que la prostate normale. Après avoir essayé encore une fois sans succès le cathétérisme et s'être rendu compte de l'existence d'une fausse route, on ponctionna la vessie au-dessus de la symphyse et on retira un litre d'urine. L'opération fut pratiquée une heure après et permit de reconnaître, en arrière de la prostate, une tumeur kystique qui creva et se vida de son contenu.

Le malade quitta la clinique guéri, mais neuf mois après il revint, en état de rétention complète depuis deux jours, et la convexité supérieure de la vessie atteignant à une largeur de main au-dessous de l'ombilic. Une sonde métallique introduite jusque dans la vessie permit de retirer une urine purulente. Une tentative ultérieure de sondage resta sans résultats, toujours à cause de l'existence d'une fausse route. Une nouvelle intervention permit alors de placer une sonde molle qui fut enlevée une semaine après. le patient eut alors pendant trois jours des mictions spontanées, mais le quatrième jour survinrent de nouvelles difficultés et finalement un nouvel accès de rétention complète. »

Nouvelle opération aboutissant à l'ouverture de deux poches kystiques symétriques en arrière de l'urêthre, à gauche et à droite de la ligne médiane.

Comme après la première opération les symptômes s'amendèrent pendant 2 ans et demi puis recommencèrent offrant toujours le même tableau clinique avec cet élément surajouté : au périnée, à gauche de la ligne médiane bombait une tumeur fluctuante de la grosseur d'un œuf d'oie. L'opération qui fut pratiquée permit d'ouvrir toute une série de poches kystiques et le malade s'en fut, pour cette fois encore, guéri.

Il nous semble maintenant utile de rapporter les signes cliniques que présenta le malade observé par Mikhaïlow. Il s'agit ici d'un kyste de l'utricule prostatique :

« C'est un étudiant russe de 28 ans qui vint consulter pour des désordres génito-urinaires. Il ne présente aucun antécédent méritant d'être signalé. Vers l'âge de 13 ans, il commença à avoir des pollutions très douloureuses qui diminuèrent par la suite de fréquence, mais qui s'accompagnaient depuis deux ans de céphalées intenses. Les organes génitaux externes sont normaux. Le malade a des mictions très fréquentes qui n'aboutissent qu'à l'émission d'une très petite quantité d'urine. Celles-ci sont normales. Le toucher rectal fait constater l'atrophie du lobe prostatique droit, le gauche est normal. La vésicule seminale droite est palpable : la gauche ne l'est pas. La cystoscopie ne donne aucun résultat.

L'uréthroscopie fut faite : le bec de l'instrument passa facilement jusqu'à la partie prostatique de l'urèthre. En le poussant plus loin on vit, au lieu de colliculus seminalis, une tumeur ronde à bord supérieur très net et à base invisible, tumeur mesurant 1 cm. sur 1 cm 1/2.

Le malade fut opéré sept jours plus tard avec plein succès. »

Il nous reste maintenant à utiliser les différents éléments cliniques que nous avons pu recueillir dans les diverses observations que nous avons passées en revue. Nous avons pu nous rendre compte, ainsi que nous l'avions dit avant de commencer cette étude, combien il était regrettable de ne trouver dans un grand nombre de ces observations qu'un tableau clinique si incomplet.

C'est ainsi que celle de Thompson ne mentionne que la rétention dont souffrait son petit malade sans nous dire ni ses antécédents, ni la façon dont les troubles avaient commencé.

Abbe n'est guère plus explicite. Kornfeld l'est encore moins : il n'a fait son diagnostic qu'à l'aide du toucher rectal. Nous n'avons guère plus de détails avec Castano ou Mikhaïlow.

Néanmoins, de ce qu'un tableau clinique n'ait pas été complètement et intégralement reproduit il ne s'en suit pas qu'il n'ait pas existé ; et, sans vouloir prétendre que tous les différents symptômes qui nous ont été décrits dans les observations les plus complètes aient existé aussi chez les malades qui ont fait l'objet de celles qui le sont moins, il n'en est pas moins vrai que nous nous trouverons, grâce aux premières, mieux en mesure de nous représenter ce tableau clinique.

La plupart des malades dont nous nous sommes occupés n'avaient dans leurs antécédents héréditaires ou personnels aucun fait valant la peine d'être relevé. Deux d'entre eux cependant : les malades de Liebi et Kornfeld avaient eu jadis une blennorrhagie. Celle du malade de

Liebi remontait à vingt ans, à l'époque de son service militaire. Il avait d'ailleurs gardé quelque temps ensuite une « goutte militaire » puis tout avait dû rentrer dans l'ordre, nous ne savons pas si c'est à la faveur d'un traitement, car sa santé par la suite fut très bonne. Castano avait un malade diabétique : il voit d'ailleurs dans le kyste hématique qu'il opéra le résultat d'une hémorrhagie intra-prostatique due au diabète. Le malade de M. Papin est un coxalgique. Nous n'avons donc pas affaire en général à des malades ayant un passé pathologique très chargé.

De quelle manière les accidents ont-ils débuté ? Chez certains par des phénomènes douloureux. C'est ainsi que dans le cas de M. Papin « ce sont des douleurs périnéales sourdes, continues, avec sensation de tension pénible et propagation de la douleur tout le long de la verge jusqu'au gland ». Le malade du Pr Legueu avait la sensation « d'un poids lourd dans le bas ventre ». Il présenta même plus tard une douleur dans le rein gauche : mais, à ce moment ses voies urinaires supérieures toutes entières, étaient distendues. Le malade de Kornfeld avait des érections et des éjaculations douloureuses et sanglantes: malheureusement il s'agit ici d'un cas trop obscur pour que nous y insistions. Enfin, celui de Mikhaïlow eut, à partir de treize ans, des pollutions douloureuses qui, plus tard, s'accompagnèrent de céphalées intenses. La plupart des autres malades ne paraissent pas avoir présenté de symptômes douloureux bien marqués. Chez eux, les manifestations urinaires, seules, semblent avoir ouvert la scène.

Ces manifestations urinaires occupent bien la première place dans l'histoire clinique de nos malades.

La fréquence inusitée du besoin d'uriner est remarquable chez tous. Elle est surtout nocturne, comme dans cas de Castano et surtout dans celui de M. Legueu dont le malade trouvait même souvent, à son réveil, son lit mouillé. Le sujet de Liebi voyait la fréquence de ses besoins augmenter surtout dans l'après-midi : ils se renouvelaient alors jusqu'à douze fois. Celui de Bürckhardt était tourmenté par ces envies toutes les demi-heures. Il en était de même de celui de Mikhaïlow.

La force du jet est souvent diminuée. (Liebi).

Ces symptômes de début sont évidemment sous la dépendance de la congestion nocturne des voies urinaires inférieures.

Nos malades ne tardèrent pas, pour la plupart à entrer dans la phase de rétention.

Certains ont présenté des accidents de rétention complète aiguë : tel le malade de Castano. Presque tous ont fait de la rétention incomplète. C'est le cas des malades de Bürckhardt, de Liebi, de M. Legueu. Chez tous ces malades les mictions sont très difficiles et n'ont lieu qu'après de violents efforts : une longue attente précède l'émission d'une petite quantité d'urine (Liebbi, Castano) : cette dernière s'écoule parfois goutte à goutte (Bürckhardt).

Enfin, au moment où les malades, dont nous nous occupons arrivèrent au chirurgien qui nous a fait connaître leur histoire, ils avaient gravi un échelon morbide de plus : beaucoup étaient en état de rétention incom-

plète avec distension et présentaient au plus haut degré les symptômes que nous avons étudiés.

A ce moment, pour certains, les phénomènes généraux commençaient à entrer en scène, se traduisant par une détérioration générale de la santé, un affaiblissement progressif des forces et, parfois, des troubles gastro-intestinaux. Le malade de M. Legueu nous en offre un bel exemple : sa langue est sèche, il est abattu, ne répond qu'avec peine aux questions qu'on lui pose. Sa température est à 38° : il donne tout à fait l'impression d'un grand infecté.

L'examen clinique de ces malades nous fournira d'amples renseignements.

La vessie nous apparait très distendue : elle remonte jusqu'à l'ombilic (Castano-Liebi) ou jusqu'à deux travers de doigt au-dessous (M. Legueu).

Les reins peuvent traduire leurs altérations par de la douleur lors de la palpation.

Le toucher rectal peut donner un résultat négatif ou un résultat positif. Avant de le pratiquer, on a soin de vider la vessie quand on le peut par cathétérisme ou même, ponction sus-pubienne.

Le plus souvent, dans les cas que nous avons étudiés, la prostate n'a pas paru notablement augmentée de volume et, souvent, on n'a senti aucune tumeur. Dans le cas rapporté par MM. Legueu et Verliac, elle présentait un volume normal et une surface à peine convexe avec deux lobes latéraux à peine délimités ; on atteignait facilement son bord supérieur. Bürckhardt et Kornfeld ont trouvé, le premier un lobe droit, le second un

lobe gauche plus volumineux, l'autre étant normal. Mikhailow a constaté l'atrophie du lobe droit de la prostate chez son malade.

Le toucher rectal a donné cependant, dans bon nombre de cas, des renseignements positifs si intéressants, que, grâce à eux, le diagnostic de kyste a pu être porté d'emblée.

C'est ce qui est arrivé dans le cas de M. Papin. La tumeur kystique perçue au toucher par le docteur Couturier, médecin traitant du malade, et retrouvée par le Docteur Papin était « du volume d'un œuf de pigeon, presque médiane, un peu déviée à droite. Cette tumeur était lisse, régulière, rénitente, donnant la sensation d'un kyste et absolument indolore ». La palpation de la prostate par le toucher rectal a d'ailleurs dans tous les cas, été absolument indolore. Par le même moyen on arrive parfois à percevoir les vésicules séminales qui toujours ont paru absolument normales.

Toujours dans le but de rechercher ce qui gêne le libre écoulement des urines, nous serons conduits à explorer l'urèthre. Cette exploration n'est pas toujours aisée ni même possible. L'observation de Liebi nous en fournit une preuve. La présence d'une fausse route avait rendu le passage de n'importe quelle sonde impossible chez son malade, et rendu l'intervention chirurgicale indispensable. Quand cette exploration est possible on utilise souvent l'explorateur à boule. Ce fut le procédé qu'employa M. Legueu. La traversée de la majeure partie de l'uréthre n'offrit, dans son cas, aucune difficulté : ce n'est que, dans la partie la plus profonde du

canal, dans la traversée de la prostate qu'un obstacle fut rencontré. Il n'arrêta d'ailleurs l'instrument qu'un moment et se laissa franchir sans difficultés « en laissant l'impression d'un rétrécissement mou, dans une région où les sténoses ne s'observent jamais ». Cet obstacle fut perçu de même lors d'un autre examen « il siégeait tout aux confins du col de la vessie : l'explorateur métallique, les sondes rigides ne le sentaient pas ;ils passaient à son contact, sans être génés par sa présence. »

L'uréthroscopie rend aussi de grands services : dans le cas de Mikhailow. « le bec de l'instrument passa facilement jusqu'à la partie prostatique de l'urèthre. En le poussant plus loin on vit, au lieu du *Colliculus seminalis*, une tumeur ronde, dont le bord supérieur était très net, la base invisible — tumeur de 1 cm. à 1 cm. 1/2. — En retirant le tube, le kyste se redressait, en l'enfonçant, il disparaissait. Les parois du kyste étaient assez épaisses, pas transparentes d'une couleur rouge grisâtre et parcourues par des capillaires engorgés. »

M. Papin fit aussi l'uréthroscopie postérieure au Mac-Carthy « il n'y a, dit-il, aucune lésion apparente: le verumontanum est refoulé légèrement vers la gauche, mais il est normal et non enflammé. Dans l'Utricule prostatique largement ouvert, j'introduis une sonde uréthrale qui ne pénètre que de 5 à 6 mm. Il ne s'agit donc pas de kyste de l'utricule. »

La Cystoscopie fut employée par Mikhailow qui n'en retira aucun autre renseignement. Grâce à elle, au contraire, Bürckhardt put faire son diagnostic et il nous dit : « à la cystoscopie apparaît, juste au milieu du

fond vésical, à peu près à l'orifice de l'urèthre, une tumeur grosse comme une noix, ronde, paraissant couverte d'une muqueuse lisse et normale, gris-rosée avec à son sommet, quelques vaisseaux dilatés. » Il put se rendre compte également que les deux lobes prostatiques ne faisaient point saillie « dans le fond de la vessie ».

Lorsque ces divers procédés d'exploration de la vessie et de l'urèthre ont échoués ou ne sont pas passibles, il reste la ressource de la cystotomie.

Elle permet souvent de voir et en même temps d'enlever l'obstacle.

C'est dans cet espoir que M. Legueu se décida à ouvrir la vessie par la taille hypogastrique. Malheureusement, le kyste siégeant à la partie antérieure, preuréthrale de la prostate il fut impossible de l'atteindre et il fallut se résigner à une opération palliative.

Abbe fit pour le même motif, faute d'autres moyens d'investigation, la même opération.

Le kyste de son malade était visible par ce procédé « il siégeait, apparemment à la partie supérieure de l'orifice interne, pratiquement à la partie supérieure de la prostate ». Il avait le volume d'une cerise et « glissant comme une balle, empêchait l'écoulement de l'urine.

Ces différents procédés d'examen ont permis de se rendre compte non seulement de l'existence du kyste, mais, nous l'avons vu, de son siège et des moyens qui convenaient pour l'atteindre. En outre, ils ont montré souvent l'état de la vessie. Celle-ci montre dans sa cavité « ces colonnes qui attestent une longue lutte contre un obstacle permanent », (professeur Legueu).

L'examen des urines donne des résultats variables suivant les malades. Celles du malade du docteur Papin étaient limpides : c'est qu'ici, le kyste, de par sa situation et son volume n'avait pas encore donné lieu à des troubles urinaires. Au contraire, le malade de l'observation de M. Legueu avait des urines troubles et fétides et leur quantité était de 3 lit. 500 par jour, ce qui n'est pas surprenant étant donné son état et les lésions de ses reins.

Du côté de l'intestin, enfin, les kystes peuvent donner lieu à certains troubles. Le malade de M. Papin avait de la constipation et des hémorroïdes. La constipation chez celui de Castano était opiniâtre ; d'abord soulagée par des lavements, elle rendit bientôt ceux-ci inopérants et Castano dut extraire un bloc fécal volumineux qui arrêtait le cours des matières.

La marche de toutes ces manifestations cliniques est souvent rapide, à partir du moment où les formations kystatiques ont pris un volume suffisant pour donner lieu par la compression qu'elles exercent sur les organes voisins aux premiers troubles perçus par le malade. Ces derniers avaient commencé depuis un an dans les cas du professeur Legueu et de Abbe — depuis six mois dans celui de Burckhardt — depuis trois mois dans celui de Liebi et enfin depuis seulement deux mois dans celui du docteur Papin.

DIAGNOSTIC

Nous ferons le diagnostic positif de tumeur kystique de la prostate au moyen des procédés d'exploration dont nous avons parlé.

Le toucher rectal nous permettra de constater que la prostate est indolore, qu'elle est, le plus souvent, de volume normal ; ou bien, lorsque le kyste se sera développé dans la région postérieure de la glande nous percevrons une tumeur lisse, renitente, donnant parfois de la fluctuation, mais indolore. Si nous parvenons à la délimiter, nous constaterons souvent que le tissu prostatique paraît normal sous le doigt, en dehors d'elle. Nous pourrons ainsi recueillir quelques renseignements sur le siège de la tumeur, ses rapports avec la glande, sa localisation à l'un ou l'autre lobe. Par l'explorateur à boules nous pourrons parfois sentir une résistance élastique dans la région prostatique de l'urèthre, région dans laquelle les rétrécissements sont rares.

L'uréthroscopie nous sera d'un grand secours. Elle nous permettra souvent de faire le diagnostic *de visu* et de nous rendre compte s'il s'agit d'un kyste de l'utricule ou d'un kyste de la glande prostatique. C'est ainsi

que Mikhalow put voir un kyste de l'utricule et que le docteur Papin put au moyen d'une sonde, se rendre compte que cet organe n'était pas augmenté de volume.

La cystoscopie nous permettra de voir les kystes de la partie supérieure de la glande. Grâce à elle, Bürckhardt put faire son diagnostic.

La cystotomie quand, faute de pouvoir tenter autre chose, il faut la faire, permet de voir l'obstacle et de prendre telle décision opératoire que l'on juge nécessaire. C'est le procédé auquel eut recours Abbe et avec succès.

On a employé autrefois — lorsqu'une tumeur était perçue au toucher rectal — la ponction exploratrice de cette tumeur par le rectum. Liébi en était déjà peu partisan. Il est certain qu'on mettait ainsi de son côté toutes les chances d'infection de la poche kystique. C'est donc un procédé qui n'est plus employé aujourd'hui.

Nous aurons à faire le diagnostic différentiel avec les affections de la région prostatique qui seraient capables de donner lieu aux symptômes cliniques que présentent nos malades.

C'est d'abord, l'hypertrophie de la prostate affection si fréquente chez les personnes âgées. Mais ici, une chose va nous arrêter aussitôt: nos malades n'ont, presque aucun, l'âge de l'hypertrophie de la prostate.

Le malade de Thompson a 9 ans 1/2. Celui de Abbe 35 ans, Bürckhardt avait affaire à un homme de 51 ans, Kornfeld de 30 ans ,le professeur Legueu de 44 ans, celui de Liebi avait 46 ans, celui de Mikhaïlow 28 ans, celui de

Castano seul était âgé: 67 ans et son affection fut diagnostiquée: grande hypertrophie de la prostate.

Malgré ces différences et celles que nous allons voir le diagnostic est parfois d'une très grande difficulté. Les troubles cliniques auxquels donnent lieu les deux affections sont souvent les mêmes.

Le toucher rectal nous l'avons vu, permet de constater qu'au cas où un kyste est responsable des symptômes observés, la prostate est rarement augmentée de volume. Elle l'est presque toujours lorsqu'on a affaire à des manifestations de prostatisme. Mais comme on a vu « des prostatiques sans prostate » le toucher rectal ne nous suffira point à moins qu'il ne donne des résultats positifs et fasse constater nettement la présence d'un kyste (Observation de M. Papin).

L'explorateur à boules olivaires nous donnera souvent des renseignements: en cas d'hyperthrophie on constatera la longueur et les déformations de l'urèthre prostatique. Un kyste bombant dans le canal donnera la sensation d'arrêt non persistante qu'à eue M. Legueu avec son malade.

Enfin, en cas de kyste, la cystocopie et l'uréthroscopie permettront de voir la cause des accidents et de la localiser. Il en est de même pour la cystotomie.

Nous penserons aussi, pour les écarter, aux rétrécissements congénitaux de l'urèthre mais il ne fournissent pas les mêmes sensations lorsqu'on les explore à l'aide d'un explorateur à boules. Enfin l'uréthro-cystoscopie permet de les rejeter.

Les calculs vésicaux se reconnaîtront aux douleurs

qu'ils provoquent, aux caractères particuliers que présentent les troubles de la miction: arrêt brusque de la miction, douleurs exagérées terminant l'émission des urines, influence favorable du repos prolongé dans le decubitus horizontal. Enfin ils provoquent souvent des hématuries. L'exploration de la vessie fournit d'ailleurs des renseignements suffisants pour les diagnostiquer.

Nous ne penserons pas longtemps aux calculs et caillots de l'urèthre : leur diagnostic sera aisé.

Le cancer de la prostate se révélera à nous par les douleurs souvent précoces qu'il provoque par les hématuries initiales, les adénopathies parfois perceptibles dans la région inguinale, par les troubles de la défécation dont il est la cause. Le cathétérisme retirera un peu de sang. Enfin le toucher rectal nous fera sentir un prostate comme lobulée et donnant une sensation de résistance ligneuse Ses bords seront souvent très difficiles à délimiter: il semblera qu'ils ont disparu. En cas de difficulté de diagnostic, l'uréthro-cystoscopie viendra encore à notre aide.

La tuberculose de la prostate est ordinairement associée à celle du testicule et des vésicules seminales. On palpera donc epididymes et testicules. Le malade présente dans ce cas, dans ses antécédents, de petites hématuries ou des éjaculations sanglantes. La prostate, au toucher, nous fera sentir des points indurés à côté de points ramollis. Plus tard elle apparaîtra comme injectée de suif. La recherche des bacilles sera souvent positive.

Les prostatites aigües sont surtout signalées par les phénomènes généraux auxquelles elles donnent lieu: fièvre, frissons, langue saburrale. Les mictions sont doulou-

reuses, il y a du ténèsme. La prostate, au toucher rectal est douloureuse en même temps que rénitente: elle est plus ou moins augmentée de volume. En cas de suppuration sa consistance nous paraîtra modifiée elle sera molle et dépressible.

Les prostatites chroniques nous offrent des symptômes qui ne nous tromperont que rarement. La glande au toucher, présente des zônes de dépressibilité sur les bords desquelles on sent des indurations. Les urines renferment souvent des filaments. L'expression de la prostate fait s'écouler du liquide prostatique.

On devra penser, aussi, parfois aux diverticules de la vessie et Englisch attire l'attention sur ce point car ces diverticules se forment aussi de préférence aux dépens de la paroi arrière. Aussi Liebi recommande-t-il de bien vider la vessie avant de pratiquer le toucher. La radiographie nous renseigne souvent sur ces diverticules.

Enfin, dans tous les cas où le diagnostic pourra devenir embarassant nous aurons la ressource des examens directs: cystoscopie, urethroscopie ou même cystotomie.

Les kystes hydatiques que nous avons éléminés comme n'étant pas véritablement prostatiques seront diagnostiqués par la méthode de déviation du complément.

Nous pourrons enfin différencier déjà, au point de vue clinique les kystes de l'utricule prostatique. Ces kystes, en raison de leur origine, sont et restent médians quel que soit le développement qu'ils puissent prendre. Nous avons vu plus haut comment l'uréthroscopie peut nous venir en aide dans leur diagnostic. Mikhaïlow lui doit le diagnostic de son cas de kyste de l'utricule. M. Papin en

introduisant une sonde dans l'utricule et en constatant qu'elle ne pouvait pénétrer de plus de 4 à 5 mm. put s'assurer qu'il n'avait pas affaire à un de ces kystes. Son procédé est à retenir

ANATOMIE - PATHOLOGIQUE

Tant que nous n'avons considéré les observations de kyste de la prostate que nous venons de passer en revue qu'au point de vue clinique seul, nous n'avons pas cru devoir séparer les kystes nés au sein du tissu de la glande elle-même de ceux qui se sont développés aux dépens de l'utricule prostatique. Nous avons, de même, parlé d'un cas de lymphangiome kystique: celui de Liebi. C'est que les manifestations cliniques de ces différentes espèces de kystes ne différaient pas tellement entre elles que l'intérêt qui aurait résulté d'une étude séparée de chacune d'elles fut plus grand que la commodité d'une étude commune.

Il n'en est plus de même maintenant et, au point de vue anatomique nous serons obligés de les séparer.

Nous nous aiderons, ici encore, dans cette étude, des observations que nous connaissons déjà quand l'examen histologique des kystes rencontrés aura été fait ou sera suffisant — ce qui n'est pas toujours le cas. — Enfin, un certain nombre d'autres observations devront être signalées. Elles se rapportent toutes à des trouvailles d'autopsies, ou d'opérations c'est pourquoi elles nous ont été

parfaitement inutiles dans l'étude clinique de notre sujet.

C'est ainsi que le premier auteur qui ait parlé de kystes de la prostate, Morgagni avait trouvé, au cours d'une dissection, un kyste ressemblant à un grain de raisin et siégeant dans la partie antérieure de la glande. Béraud qui dans sa thèse, en 1857, rapporte cette observation, donne aussi celle de Dolbeau qui rencontra de la même façon deux kystes, gros comme des pois, situés de chaque côté du véru-montanum dans l'urèthre, juste au-dessous de la crête uréthrale: ils contenaient un liquide blanchâtre, non analysé.

Nous parlerons de l'observation de Home citée par Planty-Mauxion, à propos des erreurs de diagnostic, car il semble qu'un diverticule de la vessie ait été pris ici pour un kyste de la prostate.

On ne sait trop dans quelle catégorie ranger les cas dont nous venons de dire quelques mots. Les observations suivantes se rapportent, à peu près sûrement, à des kystes dits glandulaires de la prostate.

Le Dentu (1881) en a vu 3 cas : le premier est celui d'un sujet « ayant rendu quelques graviers phosphatiques par l'urèthre et n'ayant présenté aucun symptôme urinaire si ce n'est une légère hématurie. La vessie présentait des colonnes charnues et contenait des graviers : en arrière du col et de la prostate était un cul-de-sac avec un calcul volumineux. La prostate très grosse en avant du canal se prolongeait de près de 3 cm. en arrière du véru montanum formant un lobe moyen saillant dans la vessie. La partie inférieure de l'organe était convertie en une vaste poche de la grosseur d'une petite mandarine se terminant en avant, derrière la portion membraneuse du canal et en arrière

au point où les vésicules pénètrent normalement entre les 2 lobes. Les canaux éjaculateurs étaient indépendants de cette poche qui communiquait avec la portion prostatique du canal par plusieurs orifices. La compression faisait sourdre par ces orifices un liquide sanguinolent et visqueux. La poche était uniloculaire et limitée par une membrane celluleuse mince et unie. »

L'auteur a jugé « qu'il s'agissait d'un kyste glandulaire par dilatation et coalescence d'un grand nombre de petites glandules. »

Ses deux autres observations sont trop incomplètes pour que nous puissions en faire état. Disons que la tumeur kystique qu'il constata à l'autopsie de son troisième malade était grosse « comme l'extrémité du petit doigt » et « faisait relief dans la vessie juste en arrière de la lèvre inférieure de l'orifice uréthal. »

Desnos rapporte également (1888) le résultat d'une trouvaille d'autopsie chez un homme de 72 ans mort à Bicêtre d'une pneumonie.

« La région cervicale de la vessie apparaît non symétrique, la lèvre postérieure présentant un soulèvement plus prononcé à droite. Cette saillie se prolonge au niveau du bas-fond ainsi soulevé. La déviation de l'urèthre prostatique est peu accentuée. La prostate est reconnue à la palpation comme formant cette tuméfaction : elle a le volume d'une moyenne orange. Sa consistance est molle, à droite, et fluctuante. En pressant sur la tumeur, un liquide brun, visqueux et filant sourd dans l'urèthre prostatique par plusieurs petits orifices de chaque côté du véru-montanum, orifices distincts de ceux des canaux éjaculateurs et des vésicules, qui ne donnent aucun liquide anormal. On le démontre avec des crins qui restent en dehors de la cavité

prostatique en question. En incisant le lobe droit de la prostate en arrière, on donne issue à une assez grande quantité de liquide semblable à celui qu'on voyait sourdre dans l'urèthre. La poche ouverte a le volume d'un petit œuf. Ses parois sont un peu tomenteuses, sans anfractuosités ni poches accessoires cependant, vers la partie postérieure, on trouve les traces d'une membrane implantée perpendiculairement et s'avançant en éperon vers le centre de la cavité kystique, membrane mince ayant une disposition semi-lunaire ; c'est un vestige probable d'une membrane ayant divisé la cavité en deux parties.

Le kyste occupe toute la partie postérieure de la glande. Ses parois sont peu épaisses à droite ; à gauche au contraire se trouve encore une grande abondance de tissu glandulaire. La saillie du lobe gauche est formée par l'hypertrophie du tissu prostatique contrairement à la disposition observée à droite. La bande de ce tissu qui passe au devant de l'urèthre a conservé ses dimensions normales.

M. Brault a examiné les parois de cette poche : cet examen microscopique a montré que les parois du kyste étaient formées d'un tissu conjonctif fibrillaire, assez riche en cellules fusiformes, sans tractus fibreux denses. Nulle part d'amas de cellules lymphatiques ni de dilatation des vaiseaux. A la face interne de la poche on trouve un épithélium irrégulier, cylindroïde, cubique bas ou polyédrique disposé sur une seule couche. Les cellules épithéliales reposent sur une sortes de membrane anhiste analogue aux membranes basales.

De cet examen on peut conclure que la poche était bien une dilatation kystique et non une cavité d'abcès transformée. On ne voit, en effet, pas de traces d'inflammation aiguë ou chronique. Sur des coupes de la prostate, apparaissent des glandes à différents degrés de dilatation ; dans leurs conduits, les cellules épithéliales sont multipliées et leur agglomération refoule les parois.

Ce kyste reconnaît donc, sans doute, pour origine, une dilatation d'une glande prostatique soit au niveau d'un cul de sac, soit sur le trajet d'un conduit. La grande cavité du

kyste semble le résultat de la fusion de plusieurs petits kystes primitifs. En effet, l'examen histologique montre que le processus a débuté par la dilatation d'un cul-de-sac ou d'un conduit glandulaire. Or, à l'autopsie, la poche communique avec l'urèthre par de nombreux pertuis très fins : orifices des glandules. Les parois de ces dernières ont disparu et la fusion est devenue peu à peu complète. Sur la paroi même, on trouve d'autres vestiges de ce processus : tel le repli falciforme. La grande cavité a dû rester longtemps divisée en deux loges. »

Englisch a publié une observation qui nous semble présenter assez d'analogie avec la précédente. Il s'agit ici des résultats de l'autopsie d'un homme de 40 ans.

« A l'orifice de l'urèthre vésical, on trouve une tumeur en forme de boule, siégeant au milieu et en arrière de cet orifice et soulevant la muqueuse comme le ferait un lobe prostatique médian. Dimensions transversales de la tumeur : 1 cm 3. De haut en bas elle mesure 1 cm. 5. La surface en est lisse, bleuâtre, translucide. Si on comprime la prostate, la tumeur se tend. Elle est fluctuante. La prostate n'est pas hypertrophiée : elle n'est pas dure. Les orifices uréthraux des glandes prostatiques sont élargis. Le kyste siège juste sous la muqueuse et est recouvert par les faisceaux musculaires lisses de la vessie. Sa paroi est épaisse de 1 m/m. La paroi qui le circonscrit est uniforme et porte dans sa partie gauche un repli semi-lunaire. Cette paroi comprend plusieurs couches de cellules épithéliales rondes et cylindriques. A sa partie postérieure, on voit de nombreuses formations provenant des canaux glandulaires de la prostate.

Le contenu du kyste est formé par un liquide visqueux contenant des cellules épithéliales dégénérées mais aucun globule de pus. »

La situation de ce kyste, son contenu, l'état des con-

duits glandulaires qui aboutissent à sa cavité, font qu'Englisch conclut à une dilatation kystique des éléments glandulaires.

Il est regrettable que nous n'ayons aucun renseignement histologique sur le kyste que rencontra Abbe. En effet, au cours de l'opération « en transfixant la tumeur pour l'enlever, celle-ci devint de plus en plus petite et se vida graduellement de son contenu grâce au trou fait par la piqûre. »

Bürckhardt, au contraire réussit à enlever le kyste de son patient intact et put ainsi l'examiner : voici en effet la seconde partie de son observation :

« L'opération confirma le diagnostic de kyste fait par la cystoscopie. La tumeur fut extirpée ; sectionnée à sa base, par l'anse galvanocaustique, elle fut enlevée en totalité et sans dommages. Le tamponnement arrêta l'hémorrhagie. Suture primitive de la vessie ; 8 jours après, suture secondaire de la paroi abdominale. Le 17e jour, cicatrisation complète. La cystoscopie, six semaines après l'opération, montra que le résultat était satisfaisant. Les troubles fonctionnels avaient disparu.

La tumeur était grosse comme une prune, fluctuante et translucide. Ses deux tiers supérieurs étaient recouverts d'une mince membrane lisse, rouge sombre, se clivant facilement et qui, au microscope, parut être un peu de muqueuse vésicale amincie. La paroi du kyste, débarrassé de son chapeau de muqueuse, était blanche, un peu rugueuse et d'épaisseur inégale. Histologiquement elle présentait de longues fibres à contexture lâche, des fibres musculaires lisses, plus denses vers la partie interne de la paroi. Cette surface interne était formée d'un endothélium pavimenteux à plusieurs couches. Le kyste était plein d'un liquide grisâtre, alcalin et inodore, contenant des cellules épithéliales rondes,

des cellules granuleuses, fusiformes, graisseuses et enfin quelques globules rouges. »

L'observation de Socin est très incomplète. Il s'agit d'un homme de 59 ans, mort de cancer de l'œsophage. « On trouve au col de la vessie, à droite et en arrière de l'orifice uréthral, une tumeur semblable à un haricot, lisse et fluctuante, répondant au lobe prostatique droit. La paroi de ce kyste est mince et contient une sérosité claire. La prostate n'est pas hypertrophiée sensiblement. Le patient n'a eu, pendant sa vie, aucun symptôme urinaire ; cependant sa vessie est dilatée et contient plus d'un litre d'urine : sa paroi est hypertrophiée. »

Voici maintenant les renseignements, que nous donnent MM. Legueu et Verliac, sur l'intervention que subit leur malade et sur le résultat de l'examen nécropsique de ses organes génito-urinaires :

« Le 3 février 1910, je procédai à l'opération que voici : Sous le chloroforme la vessie est ouverte par la taille hypogastrique. Il n'existe aucune saillie de la prostate au niveau du bas fond ; le col paraît fermé par un certain degré de contracture : le doigt s'y enfonce avec peine, mais tout est souple et il n'y a pas de traces de rétrécissement. Dans la traversée prostatique, le doigt ne rencontre rien qui ressemble à ce que le cathétérisme donnait à cet endroit. Dans ces conditions, je poursuis jusqu'au bout le programme que je m'étais tracé et, avec le bistouri, je fends la lèvre inférieure du col exactement sur la ligne médiane de telle façon que le doigt qui, tout à l'heure, avait de la peine à entrer, puisse pénétrer facilement dans la région prostatique. Avec quelques sutures de chaque côté, je fixe et rend définitive la plastie que je viens de faire et termine en drainant la vessie au-dessus du pubis. Les deux premiers jours, les suites furent simples, mais, au bout de trois jours, le malade fut pris d'une dyspnée très vive avec crachats sanguinolents et il succomba

en quelques heures des suites d'un œdème aigu du poumon.

A l'autopsie, nous avons trouvé des lésions doubles d'urétero-pyélo- néphrite ascendante avec distension, plus marquées sur le rein gauche, qui était complètement détruit.

Je laisse de côté ces détails secondaires pour concentrer notre attention sur l'état de la prostate. Celle-ci parait hypertrophiée. L'augmentation de volume porte surtout sur le diamètre autéro-postérieur et, c'est particulièrement dans la portion préuréthrale que les dimensions paraissent anormamales. Cette partie antérieure est, presque uniquement, constituée par un kyste dont la partie antérieure s'est rompue pendant l'ablation de la prostate et dont le contenu n'a pu être examiné. Toutefois, il est vraisemblable que le contenu était assez liquide car il n'en est resté aucune trace dans la cavité kystique, non plus que dans les prolongements sinueux et étroits que présente sa partie postérieure. La paroi antérieure de la cavité kystique, relativement mince, est superficielle. On peut voir, à sa surface externe, quelques fibres musculaires horizontales. Les parois latérales, très minces en avant, augmentent progressivement de volume, grossissant de tout le tissu refoulé de la prostate, d'autant plus important qu'on se rapproche de la paroi postérieure. La paroi supérieure est unie à la face antérieure de la vessie par un tissu fibreux assez dense. La paroi inférieure, plus courte, se prolonge jusqu'à la face antérieure de l'urèthre. La paroi postérieure répond à la paroi antérieure de l'urèthre et au reste de la prostate. L'urèthre se dessine dans la cavité kystique sous la forme d'une saillie cylindrique verticale qui, peu marquée à la partie supérieure, est de plus en plus accentuée vers la partie inférieure. En ce point l'urèthre forme une colonne cylindrique entièrement enveloppée par le kyste, car celui-ci détache de la partie inférieure de sa paroi postérieure, deux prolongements : droit et gauche, qui contournent l'urèthre et se rejoignent derrière lui. En ce point, les deux diverticules accolent leurs parois, mais il n'y a aucune communication de l'un à l'autre. Au surplus, la paroi kystique, minutieusement examinée, ne présente aucun

orifice tant du côté de l'urèthre que de la vessie.

Le reste de la prostate ne présente extérieurement rien d'anormal. La glande ne paraît pas sensiblement plus grosse qu'une prostate normale mais, sur des coupes horizontales, on découvre un second petit kyste du volume d'un petit pois environ, situé en arrière de l'urèthre au-dessus du point de jonction des prolongements postérieurs du grand kyste, mais sans aucune relation avec eux.

L'utricule prostatique et les canaux déférents ne présentent aucune malformation.

En résumé, la prostate contient un volumineux kyste de la région pré-uréthrale avec deux diverticules postéro-inférieurs rétro-uréthraux et un petit kyste rétro-uréthral dans la partie inférieure de la prostate : le reste de la glande et les conduits qui la traversent paraissent normaux.

Le contenu de ces kystes n'a pu être examiné microscopiquement : pour le kyste antérieur, en raison de sa rupture, pour le postérieur parce qu'il n'a été découvert que sur des coupes de la pièce durcie.

L'examen microscopique n'a permis d'y reconnaître que des éléments cellulaires, nécrosés ou non, analogues à ceux qui tapissent la paroi du kyste, sans aucun élément purulent.

L'aspect de la paroi interne du kyste est le même partout, aussi bien au niveau des prolongements, que de la cavité principale. Elle est blanc grisâtre, légèrement grenue, sans saillies, ni dépressions notables.

La structure de la paroi est identique dans les différents points examinés : toutefois, son épaisseur paraît beaucoup plus faible au niveau de l'urèthre, sans qu'il faille attacher beaucoup d'importance à cette constatation, car il est, sur les autres points, difficile de différencier la limite externe fibreuse du kyste qui se confond sans transition avec le tissu prostatique très scléreux qui l'entoure. Cette paroi externe est uniquement formée de trousseaux fibreux et élastiques, concentriques à la cavité kystique et qu'on ne différencie qu'en voyant apparaître des culs de sac glandulaires ou, sur la paroi antérieure, des fibres musculaires.

En dedans de cette paroi, se trouve un chorion recouvert d'épithélium. L'épithélium, assez régulier, apparaît constamment plissé sur les coupes. Il est formé de plusieurs couches de cellules cubiques et, les autres, pavimenteuses : on ne trouve, en aucun point, de transformation cornée.

Quant au chorion, trois ou quatre fois plus épais que l'épithélium, il est formé d'un mince réseau de fibres conjonctives que masque presque, en certains points, une quantité de cellules mononuclées à l'aspect de petit mononucléaires : très nombreuses sur certaines coupes, elles sont, ailleurs, plus clairsemées. L'épaisseur du chorion n'est pas uniforme : il présente des saillies, d'apparence papillaire, soulevant l'épithélium et lui donnant l'aspect plissé que nous avons signalé. Il n'y a pas, dans ce chorion, de tubes glandulaires reconnaissables.

Le reste de la prostate ne présente aucune altération importante, si ce n'est au voisinage immédiat du kyste où il n'y a pas trace de tissu glandulaire et où on ne voit que des bandes fibreuses, parallèles à la paroi kystique et, entre elles, quelques amas allongés de cellules rondes.

En résumé, il s'agit de kystes prostatiques, développés dans les régions inférieure et antérieure d'une prostate qui ne présente aucune altération, kystes dont la paroi dermoïde est recouverte d'un épithélium pavimenteux stratifié, non corné. »

Nous en arrivons, maintenant, à une variété assez curieuse de kystes prostatiques: les lymphangiomes kystiques. Ils ne nous sont connus que par deux observations: celle de Reichel et celle de Liebi.

Ces lymphangiomes kystiques sont remarquables par le développement et l'extension qu'ils sont susceptibles de prendre.

Le cas de Reichel est celui d'un enfant d'un an et demi porteur depuis sa naissance d'une tumeur faisant saillie

au périnée et à gauche du raphé médian. Du volume d'un œuf de pigeon, au début elle avait rapidement pris de plus grandes proportions, s'étendant du scrotum à la région anale. Une ponction exploratrice de la tumeur ne donna issue qu'à une vingtaine de gouttes de liquide séreux. On porta le diagnostic de kyste multiloculaire. Après un traitement ayant consisté en injections iodées chloroformées qui ne donnèrent aucun résultat, on tenta l'extirpation de la tumeur à l'anse galvanocaustique, mais l'enfant mourut 13 jours plus tard.

« L'examen de la masse enlevée par l'opération, fit découvrir au sein d'un tissu conjonctif interstitiel, contenant des fibres élastiques, de nombreux kystes, clairs, à parois minces, les plus gros ayant les dimensions d'une noix, les plus petits celles d'une tête d'épingle.

Une injection poussée dans l'un des kystes, permit de les remplir à peu près tous et fit conclure à une intercommunication. Le contenu de ces kystes était un liquide clair, un peu visqueux, alcalin, se prenant en gelée consistante au contact de l'air. On y découvrit, à l'aide du microscope, quelques globules rouges et de fines plaquettes sanguines. Examinées de la même façon, les parois kystiques apparurent comme formées de tissu conjonctif fibillaire. L'imprégnation au nitrate d'argent montra un très bel endothélium lymphatique. Dans la lumière des petits kystes se trouvaient des amas de cellules lymphatiques. »

Nous connaissons l'observation de Liebi et nous l'avons étudiée au point de vue clinique. La tumeur enlevée lors de la première opération que subit ce malade siégeait à la partie supérieure de la prostate. Elle se vida, au moment de l'ablation, d'une serosité légèrement hématique

et l'examen histologique de sa paroi montra : « un tissu conjonctif pauvre en cellules, recouvert d'un endothélium confus, sans aucune trace d'éléments éphithéliaux ». Les récidives que présenta le malade nécessitèrent quatre autres interventions chirurgicales. On découvrit, lors de chacune d'entre elles des kystes de plus en plus nombreux et volumineux (l'un d'eux, ouvert par le Pr de Quervain, lors de la dernière intervention, donna près de 300 cc. de liquide). L'examen histologique donna toujours le même résultat que la première fois.

Nous consacrerons la fin de cette revue anatomo-pathologique à l'examen des cas où les kystes furent reconnus comme s'étant développés aux dépens de l'utricule prostatique.

Prenons d'abord l'observation des Mikhaïlow, la seule qui nous ait donné des renseignements cliniques : l'examen histologique de la tumeur extirpée donna les résultats suivants :

« La paroi du kyste, épaisse de 2 m/m., présente trois couches. La couche moyenne, épaisse de 1 m/m 5, est formée d'un tissu conjonctif lâche, riche en capillaires engorgés à paroi hypertrophiée. Cette couche ne contient que peu de cellules les unes fusiformes, les autres, près des vaisseaux, rondes. Cette couche moyenne sépare deux couches présentant des caractères communs, l'une externe, l'autre interne. Elles sont formées par du tissu fibreux avec des cellules fusiformes parallèles à la surface libre de la paroi du kyste et contiennent très peu de capillaires. A leur surface est un épithélium dont la partie profonde est formée, pour l'une et l'autre couche, de cellules piriformes. Cet épithélium est recouvert de cellules plates quand il répond à la paroi

externe du kyste et de cellules cylindriques quand il répond à la paroi interne. »

Englisch observa, lui aussi, quelques cas de kystes de l'utricule, mais il s'agit ici de trouvailles d'autopsie :

OBSERVATION I. — « Nouveau-né. — La muqueuse de la vessie est fortement soulevée. A 5 m/m. au dessus de l'accolement des canaux éjaculateurs, se trouve une tumeur piriforme à pointe inférieure et longue de 0, 6 cm. Son contenu est finement granuleux. Sa paroi se compose d'une formation externe de tissu conjonctif lâche et d'une formation interne de tissu conjonctif serré. Ce petit kyste ne communique pas avec les canaux déférents, mais un fin conduit le relie aux canaux éjaculateurs. »

OBSERVATION II. — « Il s'agit d'un homme de 40 ans. A l'autopsie on trouve le tissu musculaire vésical épaissi, la prostate, un peu grosse a 3 c/m. au-dessus de son bord supérieur, se trouve une tumeur piriforme de 1 cm. 3 de longueur, à pointe inférieure. De ce kyste part un conduit, épais de 1 m/m. se portant vers le bas, sur la ligne médiane et pénétrant dans la prostate entre les canaux éjaculateurs. La tumeur est d'une consistance rénitente et d'une couleur bleuâtre. Elle contient un liquide trouble, gélatineux, tenant en suspension des cellules graisseuses et d'autres cellules dégénérées. Sa paroi est constituée par une formation externe de tissu conjonctif lâche et par une formation interne de tissu conjonctif serré contenant des fibres élastiques. La surface interne de la paroi est tapissée d'une assise de cellules pavimenteuses. »

OBSERVATION III. — Autopsie d'un homme de 56 ans. — Les vésicules séminales se touchent en haut, sur la ligne médiane, mais ne communiquent pas entre elles. Au milieu, entre les vésicules et 2 cm. au-dessus de la prostate, on trouve une tumeur, grosse comme une noisette et entourée

de tissu conjonctif. Son extrémité inférieure est reliée à la prostate par un fort tractus conjonctif. Ce kyste est fluctuant et d'une couleur bleuâtre. Du « vas deferens » gauche part une formation de 1 cm. de longueur, qui est reliée au kyste par du tissu conjonctif lâche. Le contenu du kyste est formé par un liquide ressemblant à du blanc d'œuf et présentant des cellules pavimenteuses et de fines granulations. La paroi interne du kyste porte un repli semi-lunaire. La prostate et la vessie sont normales. »

Springer pratiqua l'autopsie de 600 sujets du sexe masculin, parmi lesquels se trouvaient 62 enfants morts à leur naissance ou peu de temps après. Il rencontra, 4 fois seulement, des formations kystiques de l'utricule :

OBSERVATION I. — « Homme de 28 ans, mort de tuberculose pulmonaire. — A l'autopsie, apparaît, au veru montanum, un kyste ovoïde semblable à un haricot, tendu et renitent, faisant saillie par son pôle inférieur dans le canal de l'urèthre. Son contenu est un liquide clair et séreux. Le kyste pénètre dans la prostate, par ailleurs normale, depuis le colliculus jusqu'en haut. Ses dimensions sont : longueur, 2 cm., largeur, 1 cm. 2, vers sa partie inférieure il présente une paroi très mince. La partie interne de cette paroi est partout lisse et unie. Au microscope, la paroi du kyste se révèle formée d'un épithélium à deux couches, reposant sur une mince formation conjonctive lâche. Le kyste est indépendant des canaux éjaculateurs. Aucun signe d'inflammation. Aucun signe urinaire clinique. La vessie est normale.

OBSERVATION II. — « Homme de 47 ans, mort de pneumonie. A l'autopsie, on trouve une vessie dilatée à parois minces et une prostate moyennement hypertrophiée. Les canaux déférents et les vésicules sont normaux. Le colliculus est double et aussi gros que normalement : il fait saillie dans la lumière de l'urèthre. A gauche et à droite, se trouvent les

orifices des canaux éjaculateurs. On ne voit pas l'orifice de l'utricule. Dans la prostate on rencontre un kyste piriforme, à pointe inférieure atteignant, du tiers moyen du colliculus jusqu'au tiers supérieur de la prostate. Sa longueur est de 12 m/m., sa largeur de 1 m/m. et de 6 m/m., suivant les points. Ce kyste ne communique pas avec les canaux éjaculateurs. On n'a aucune donnée sur son contenu.

L'examen microscopique de la paroi kystique montre deux couches de cellules épithéliales plates reposant du côté externe sur une couche de tissu conjonctif lâche contenant des fibres musculaires lisses. Le testicule gauche du sujet porte les traces d'une orchite chronique. »

OBSERVATION III. — « Enfant d'un an et neuf mois, mort de méningite tuberculeuse. — A l'autopsie, on trouve la prostate et le veru-montanum normaux en apparence. Une coupe frontale de la prostate montre une cavité kystique lenticulaire. Dimensions : 6 ; 5 ; 2 m/m. Elle contient une masse jaunâtre, molle, trouble, avec des granulations nombreuses et des cellules dégénérées.

L'examen microscopique de la paroi montre, en dehors, une couche de tissu conjonctif à fibrilles serrées, mêlées avec des fibres musculaires lisses et des cellules fusiformes. Sur cette couche, et tapissant la partie interne de la paroi, reposent plusieurs couches épithéliales. La paroi uréthrale porte, à la place de l'ouverture de l'utricule, une assise puissante de cellules étoilées épithéliales. »

OBSERVATION IV. — « Homme de 41 ans, mort de méningite. — A l'autopsie, on trouve une prostate normale et un colliculus assez gros, saillant dans l'urèthre. Pas de lumière de l'utricule visible. S'étendant du colliculus vers la partie supérieure de la prostate, se trouve un kyste de 1 cm. de longueur sur 3 à 5 m/m de largeur. Il contient une masse blanchâtre comme dans les cas précédents. L'examen microscopique montre une paroi à épithélium cylindrique simple, reposant sur une couche conjonctive à faisceaux concentriques

et à muscles lisses. La partie du colliculus où devrait se trouver l'orifice de l'utricule est recouverte d'une assise de nombreuses cellules conjonctives. »

Nous avons gardé, pour terminer cette série de documents anatomo-pathologiques concernant les kystes de la prostate, la seconde partie de l'observation du malade de M. Papin. L'examen anatomo-pathologique de la pièce provenant de l'opération a été pratiqué par M. Verliac et voici les résultats qu'il a donnés :

« La masse enlevée par voie périnéale constitue une petite tumeur régulièrement ovoïde, du volume d'une noisette et de consistance rénitente.

Après durcissement, elle apparaît, sur une coupe comme un kyste pauciloculaire dont la paroi externe d'épaisseur irrégulière est feuilletée et dont les cloisons se réunissent près du centre en un petit bloc étoilé. Au microscope la masse kystique est formée de cinq ou six cavités que séparent de minces cloisons conjonctives vasculaires, recouvertes sur chaque face d'une couche endothéliale et se réunissant près du centre en un petit bloc fibro-vasculaire ; la tumeur touche à la paroi vésico uréthrale ; le reste est englobé dans le tissu prostatique enlevé avec elle et qui fait partie de sa paroi externe. Ce tissu prostatique de composition absolument normale, n'est nullement atrophié ; il semble au contraire qu'un certain nombre de ses cavités glandulaires présente une dilatation notable.

Les cavités kystiques sont tapissées sur tout leur pourtour par un épithélium qui apparaît, suivant les points, cubique, cubique haut ou cylindrique, absolument analogue à celui qui revêt les cavités prostatiques voisines.

Certaines des cavités kystiques sont vides, ou, au moins, ne présentent qu'un contenu liquide, mais, deux d'entre elles, sont, en grande partie, remplies par des végétations, de vé-

ritables bourgeons constitués par une prolifération conjonctivo-glandulaire : les cavités glandulaires étant constituées par des tubes d'allure prostatique et le tissu conjonctif forme un tissu interglandulaire plus ou moins vasculaire, l'ensemble de la production étant recouvert d'une couche épithéliale semblable à celle qui revêt le reste des parois kystiques et avec laquelle elle se continue au point d'insertion de la masse bourgeonnante sur la paroi kystique.

Cet aspect est tout à fait analogue à celui des adénomes kystiques végétants ou papillaires du sein ou du rein ; mais il diffère totalement de celui qu'on rencontre dans les tumeurs bénignes sous-uréthrales ; dites adémones sous-uréthraux ou hypertrophie prostatique.

Il ne s'agit ici ni d'un kyste uniloculaire congénital de la prostate, ni d'un aspect particulier d'une tumeur sous-uréthrale ; mais bien d'un adénome kystique végétant de la glande prostatique, lésion absolument analogue à ce qu'on trouve dans d'autres glandes, mais qui ne nous semble pas avoir été signalée au niveau de la glande prostatique. Elle est développée dans une glande en activité et non dans une glande en régression comme l'est la prostate au moment de l'évolution des tumeurs bénignes sous-uréthrales : elle est peut-être susceptible d'extension, car les cavités prostatiques voisines des cavités kystiques, montrent une tendance à la dilatation et, le fait qu'il existe dans les cloisons interkystiques des glandes prostatiques semble indiquer le caractère extensif du processus. »

Nous essayerons maintenant de dégager de toutes ces données anatomo-pathologiques, les principaux caractères macroscopiques et microscopiques des kystes de la prostate. Nous étudierons à ce point de vue, tout d'abord les kystes de la glande prostatique certains ; nous verrons ensuite en quoi les lymphangiomes kystiques et les kystes de l'utricule diffèrent des premiers.

Les formations kystiques que l'on peut considérer comme s'étant développées d'une façon certaine au sein de la glande, nous offrent macroscopiquement les caractéristiques dont nous allons parler. Elles sont généralement assez variables et, en nous occupant de la pathogénie de ces kystes nous verrons quelques unes des raisons qui expliquent ces dissemblances.

Le siège de ces tumeurs est d'abord à considérer. Les unes siègent à la partie antérieure de la prostate, dans la région préurèthrale. C'est le cas du kyste « semblable à un grain de raisin » vu par Morgani. C'est aussi, et surtout, le cas du kyste auquel avait affaire M. Legueu. Ces kystes sont évidemment bien placés pour donner lieu à des symptômes urinaires rapides. Ils sont, souvent aussi d'un diagnostic difficile étant rarement accessibles par le toucher rectal. Seuls l'explorateur à boules (M. Legueu) ou l'examen uréthro-cystoscopique permettraient de les déceler.

Les kystes de la partie postérieure de la glande sont les plus fréquents. Ils peuvent siéger à la partie supérieure de l'un ou l'autre lobe. La tumeur enlevée par Abbe en est un exemple. Celles que rencontrèrent Socin et Burckabdt appartiennent à la même catégorie. Ces tumeurs soulevaient la muqueuse vésicale et hantaient le voisinage de l'orifice de l'urèthre. De par leur situation, elles ont les plus grandes chances de provoquer rapidement des troubles urinaires.

D'autres kystes peuvent se développer à la partie inférieure des lobes glandulaires, c'est le cas du kyste rencontré par Le Dentu : ces kystes donnent moins souvent

lieu à des manifestations morbides excepté si leur volume est suffisant.

On peut enfin rencontrer ces tumeurs dans le lobe médian de la prostate (Englisch).

Quelle que soit la hauteur où siègent ces kystes, dans la prostate, leur développement peut se faire soit vers sa paroi postérieure, vers le rectum, soit vers l'urèthre et la vessie.

La tumeur rencontrée par M. Papin était postérieure et médiane et elle donnait plutôt lieu à des manifestations douloureuses et congestives (troubles du côté du rectum : constipation — hémorroïdes) qu'à des symptômes urinaires.

Les dimensions de ces kystes sont, on le comprend, variables suivant le point auquel ils en sont arrivés dans leur développement. Certains sont énormes (Le Dentu, Castano) d'autres plus petits (Morgagni, Abbe, Dolbeau).

Leur forme est en général régulière, sphéroïdale : grain de raisin (Morgagni), pois (Dolbeau) ; boule (Englisch), cerise (Abbe), noix (Burckhardt) ou plus allongée : haricot (Socin).

Leur couleur est en général blanc-rosée ou grisâtre.

Leurs parois sont lisses, ou un peu grenues.

Ils sont, en général, uniloculaires, mais, bien souvent, un éperon, un repli semi-lunaire ou falciforme se dresse sur leur paroi interne et montre que la cavité a été formée par la coalescence de deux kystes (Englisch, Desnos). Parfois aussi elle présente des prolongements

s'étendant plus ou moins loin (cas de M. Legueu : deux prolongements inférieurs contournant l'urèthre).

Ces kystes sont en général fluctuants, leurs parois étant assez minces.

Leur cavité communique parfois avec l'urèthre par de nombreux pertuis, ce qui prouverait dans ce cas, qu'elles tirent leur origine de culs de sac glandulaires dilatés puis réunis en un seul kyste et dont certains canaux excréteurs n'auraient pas été oblitérés (Le Dentu et Desnos).

Le contenu des kystes est toujours liquide de consistance plus ou moins visqueuse, de couleur blanchâtre, grisâtre (Burckhardt), limpide (Socin) ou parfois plus ou moins hématique (Le Dentu, Desnos et surtout Castano). Sa quantité varie suivant le cas et les dimensions de la poche. Au point de vue chimique, il est souvent alcalin, jamais purulent.

Au point de vue microscopique, nous nous trouvons en présence d'une constitution différente des parois suivant l'origine des kystes que nous avons à considérer.

Ceux qui se sont développés aux dépens d'un cul-de-sac glandulaire nous offrent en général à considérer une charpente conjonctive avec des fibrilles plus ou moins lâchement associées, contenant des cellules fusiformes et quelques fibres élastiques, parfois encore des fibres musculaires lisses. Cette charpente est tapissée par un epithélium cylindrique (Englisch, Desnos).

Le kyste qui fait l'objet de l'observation de MM. Legueu et Verliac nous révèle, au microscope, une origine différente.

Sa paroi externe est fibreuse et se confond avec le tissu prostatique scléreux qui l'entoure. Elle est formée de trousseaux fibreux et élastiques concentriques. En dedans de cette paroi se trouve un chorion recouvert d'épithélium. Ce dernier est plissé, épais, formé d'un mince réseau de fibres conjonctives, contenant de petites cellules mononuclées plus ou moins nombreuses. Son épaisseur est variable et il présente des saillies papilaires soulevant l'épithélium. Ce chorion ne contient aucun élément glandulaire. L'épithélium qui le recouvre est formé de plusieurs couches de cellules cubiques ou pavimenteuses, mais il ne présente nulle part de transformation cornée.

Cet épithélium pavimenteux, particulier à cette espèce de kystes, se retrouve encore dans le cas de Bürckhardt. Ces tumeurs sont probablement congénitales et proviennent d'inclusions embryonnaires.

Il nous reste à parler d'une dernière variété de kyste prostatique vrai. Elle n'est représenéte que par un cas unique: celui de M. Papin. Ici nous avons affaire à un kyste multiloculaire ou plutôt pauciloculaire puisqu'il n'était divisé qu'en cinq ou six cavités. Ces cavités sont séparées par de minces cloisons conjonctives. Elles sont tapissées par un épithélium cubique ou cylindrique. Enfin, si certaines de ces cavités sont vides ou pleines seulement de liquide, d'autres sont remplies de végétations conjonctivo-glandulaires : les cavités glandulaires sont constituées par des tubes d'allure prostatique, le tissu conjonctif forme un tissu interglandulaire plus ou moins vasculaire, l'ensemble de la production étant recou-

vert d'une couche épithéliale semblable à celle qui revêt les parois kystiques et avec laquelle elle se continue au point d'insertion de la masse bourgeonnante sur la paroi kystique ».

Nous sommes ici en présence d'un cas d'adénome kystique végétant.

Les deux observations de lymphangiomes kystiques que nous possédons nous permettent de comprendre tout ce qui sépare cette variété de la précédente.

Nous sommes en présence, ici de kystes toujours multiples, de dimensions pouvant varier entre elles d'une tête d'épingle (certains kystes de Reichel) et celles d'une cavité contenant 300 cc. de liquide (Liebi). Ces formations envahissent toute la région prostatique. Elles ne communiquent pas largement entre elles car la ponction d'une grosse masse kystique (Reichel) ne donne souvent issue qu'à quelques gouttes de liquide. Mais, des vaisseaux ou des espaces lymphatiques plus ou moins augmentés de volume les font communiquer, si bien qu'une injection les remplit presque toutes.

Leur constitution histologique et le liquide qu'elles contiennent, trahissent l'origine lymphatique de ces tumeurs.

Leurs parois sont simplement formées d'un tissu conjonctif fibrillaire recouvert d'un endothélium lymphatique, sur sa face interne. Au moyen du nitrate d'argent d'argent on parvient très bien à mettre en évidence la qualité lymphatique de cet endothélium.

Nous en arrivons maintenant aux kystes de la vésicule ou utricule prostatique.

Leur siège est naturellement celui de l'organe aux dépens duquel ils se sont formés. Leur situation est médiane, par conséquent : ils se trouvent entre les canaux éjaculateurs et se développent généralement vers le haut, vers la vessie. Ils font presque toujours saillie par un de leurs pôles dans l'urèthre au niveau du véru-montamum et permettent ainsi un diagnostic assez facile si l'on utilise la sonde à bouts olivaires ou l'urethroscopie pour les dépister (Mikhaïlow).

Leur forme, parfois arrondie (Mikhaïlow) est le plus souvent piriforme (Englisch-Springer). Leurs dimensions ne dépassent guère 2 cm. et même les atteignent rarement (1 cm en moyenne).

Ces kystes se présentent avec une paroi mince blanche ou bleuâtre : ils paraissent translucides (Englisch-Springer). Parfois leur paroi est plus épaisse et rougeâtre (Mikhaïlow). Ils sont en général fluctuants et leur contenu est un liquide trouble, gélatineux ou clair et séreux. Parfois aussi c'est une masse jaunâtre et trouble (Springer, III).

A l'examen miscroscopique, leur paroi comprend 3 couches : une externe formée de tissu fibreux ou conjonctif avec des cellules fusiformes, et portant à sa surface un epithélium pavimenteux (Mikhaïlow), une couche moyenne plus épaisse formée de tissu conjonctif plus ou moins serré, contenant des cellules fusiformes, rondes et parfois quelques capillaires. La paroi interne de ces kystes est, enfin, formée d'une couche fibro-conjonctive à trame en général serrée revêtue d'un epithélium pavimenteux ou cylindrique.

La tumeur peut être parfois assez nettement séparée du reste de la prostate et n'être reliée à elle et au véru montanum que par des conduits fibreux avec ou sans lumière perméable.

Enfin, dans certains cas (Springer III et IV) une puissante assise épithéli-conjonctive recouvre, sur le vérumontanum, la place qu'occuperait normalement l'orifice utriculaire.

PATHOGÉNIE

Il nous reste maintenant à nous occuper de la cause qui a présidé à la formation des kystes que nous avons étudiés.

A vrai dire si, dans certains cas, nous sommes à peu près certains de connaître cette cause, dans d'autres, nous en sommes réduits à des hypothèses qui ont plus ou moins de chance d'être proches de la réalité.

L'origine congénitale est pour quelques-uns de ces kystes, certaine. Leur étude histologique nous le prouve. C'est ainsi que le cas décrit par MM. Legueu et Verliac en est un exemple. Le kyste de leur malade est situé dans une prostate par ailleurs complètement saine ; ce kyste n'a nullement quant à ses parois, la structure d'un acinus glandulaire qui aurait pu se dilater d'une façon ou d'une autre. De plus, à côté de ces raisons d'ordre négatif — si nous pouvons ainsi parler — il y en a d'autres d'ordre positif : la plus importante est le fait de trouver, tapissant la paroi interne de ce kyste, un epithélium pavimenteux recouvrant un véritable chorion plissé. Ces raisons et celles tirées de la situation de ce kyste, des rapports intimes qui l'unissent à la partie inférieure de

l'urèthre prostatique arguent en faveur de l'origine congénitale de cette tumeur. Une anomalie dans la formation du sinus uro-génital et l'inclusion d'un diverticule de ce sinus contemporaire de la formation de l'urèthre prostatique en est la cause.

Les kystes qui font l'objet des observations de Le Dentu et de Desnos peuvent être rangés dans une catégorie qu'il est classique d'appeler glandulaire. Ils relèveraient en effet d'une dilatation d'un cul de sac ou d'un conduit glandulaire. Le processus aurait intéressé plusieurs de ces éléments à la fois et la fusion des différentes poches kystiques contigües aurait produit la cavité unique rencontrée ordinairement.

En effet ,d'une part on rencontre presque toujours un éperon semi-lunaire, vestige de la multiplicité première de ces tumeurs, d'autre part, dans les deux cas précités, en pressant sur le kyste on voyait sourdre son contenu dans l'urèthre par de fins orifices paraissant être ceux des glandes primitives. Enfin la paroi interne de ces kystes présente de grands rapports, quant à son épithélium, avec l'épithélium glandulaire normal de la prostate: ici et là nous trouvons des cellules cylindriques. Le liquide kystique lui-même n'était pas sans analogie avec le liquide prostatique.

Ainsi, d'après les auteurs anciens, l'orifice des conduits glandulaires ayant continué à secréter, la distension des kystes se serait produite sous l'effet de la pression du liquide. Or, on tend à penser aujourd'hui que, dans ces conditions, après une phase de dilatation passagère l'atrophie de ces formations surviendrait vite.

Dès lors, ne serait-on pas autorisé à voir, ici encore, une cause congénitale à cette espèce de kystes? Puisque le plus souvent (Desnos) aucune trace d'inflammation ne permet d'expliquer l'oblitération des conduits glandulaires, cette oblitération ne serait-elle pas congénitale ? Bien plus, ne pourrait-on pas penser que certaines cellules glandulaires des culs de sac ont pu recevoir une tendance congénitale à proliférer et à former ainsi des cavités kystiques de plus en plus grandes ?

Faute de renseignements suffisants, nous éviterons de nous prononcer sur la pathogénie de certains kystes. Ainsi, celui que vit Castano sur un sujet diabétique est considéré par cet auteur comme dû à une hémorrhagie intra-prostatique liée au diabète. De fait le contenu de ce kyste était nettement hématique.

Signalons enfin le kyste vu par Home et qui communiquait avec la vessie. Sa paroi était analogue à celle de la paroi vésicale. Nous penserons donc qu'il s'agissait là d'un diverticule de la vessie.

Si nous passons maintenant à l'étude des lymphangiomes kystiques nous verrons que, là encore, l'origine congénitale n'est pas douteuse. C'est d'ailleurs l'opinion de Liebi, de Ribbert et de Borst. Ce dernier dit: « ce n'est pas un effet mécanique de pression (qui aurait produit la dilatation kystique), car, alors, l'endothélium serait endommagé : c'est une croissance de la paroi du kyste ».

La pathogénie des kystes de l'utricule serait, elle aussi très souvent congénitale. C'est ce que croyait Englisch. Ces kystes proviendraient de l'extrémité in-

férieure des conduits de Muller oblitérés. Englisch a, du reste trouvé cinq fois, sur 70 autopsies de nouveaux nés, des formations kystiques du « sinus pocularis ».

Il faudra nous arrêter enfin maintenant au cas d'adénome kystique végétant rencontré par M. Papin

Cette variété se trouve représentée dans les tumeurs du rein ou du sein : elle n'avait jamais été rencontrée dans la prostate. « Elle s'est developpée dans une glande en activité est peut-être susceptible d'extension car les cavités prostatiques voisines des cavités kystiques montrent une tendance à la dilatation et le fait qu'il existe, dans les cloisons interkystiques, des glandes prostatiques semble indiquer le caractère extensif du processus ».

PRONOSTIC & TRAITEMENT

Les kystes de la prostate donnent lieu à des troubles morbides variables dans leur intensité et leurs modalités suivant le siège du kyste et le développement qu'il est susceptible de prendre.

Il en est, nous l'avons vu qui furent seulement révélés par l'autopsie : les sujets qui en étaient porteurs n'eurent jamais aucun symptôme urinaire. D'autres, malgré leur faible volume, ont pu donner lieu à des symptômes très graves. Nous avons vu que, dans ce cas, la marche des phénomènes était même rapide.

Les kystes de la partie pré-urèthrale de la prostate, ceux qui sont voisins du col vésical et qui soulèvent la muqueuse de la vessie au voisinage de l'orifice de l'urèthre, ne tardent pas, malgré un faible volume, à amener des troubles dysuriques, aboutissant assez vite à la rétention incomplète bientôt suivie de distension parfois même de crises de rétention complète aiguë. Les kystes de l'utricule peuvent provoquer les mêmes symptômes. Enfin, il en est de même, quoique peut-être un peu moins précocement, des kystes de la partie postéro inférieure des lobes prostatiques.

Les troubles dans l'émission des matières fécales, les hémorrhoïdes, la constipation sont provoqués fréquemment par les kystes de la paroi postérieure de la prostate. Il en est de même des douleurs irradiées aux testicules, à la verge et au gland ainsi qu'au périnée.

Les troubles de l'érection et de l'éjaculation sont souvent la conséquence des kystes qui avoisinent les canaux éjaculateurs et les vésicules séminales, en particulier les kystes de l'utricule.

Une fois reconnus les kystes de la prostate doivent être opérés rapidement, en raison des troubles graves qu'ils sont susceptibles d'engendrer.

L'opération de choix est l'ablation.

La voie d'accès peut être discutée suivant les cas.

Abbe réussit à voir et à enlever le kyste de son malade en faisant une cystotomie sus-pubienne. Il en fut de même de Burckhardt, mais dans ces cas les tumeurs étaient visibles et accessibles du côté de la cavité vesicale.

Dans le cas de M. Legueu, le kyste était invisible et inaccessible : c'est à la prostatectomie totale qu'il aurait fallu avoir recours pour l'enlever, si l'état du malade l'eût permis.

Castano employa, lui aussi, la taille hypogastrique.

La voie périnéale fut choisie par Reichel et par Liebi pour l'extirpation des tumeurs kystiques auxquelles ils avaient affaire.

C'est aussi la voie d'accès que choisit M. Papin : incision prérectale conduisant à l'espace décollable : on dissèque, s'il y a lieu, en plein parenchyme prostatique le

kyste qui apparait et on l'extirpe sans l'ouvrir si cela est possible.

Toutes les voies d'abord, habituellement en usage peuvent donc être discutées et employées suivant les cas.

On se basera sur les renseignements qu'ont pu donner les divers procédés d'examen : toucher rectal, explorateur à boules, uréthroscopie, cystoscopie, etc...

Suivant le siège et le volume du kyste on pratiquera telle ou telle intervention que l'on jugea utile en vue de l'extirpation.

Il nous semble que la voie périnéale devra, dans bien des cas, avoir la préférence.

CONCLUSIONS

1°) Les kystes de la prostate constituent une affection rare ;

2°) Ils se manifestent par des troubles dysuriques variés dont l'évolution vers la distension est particulièrement rapide ;

3°) En général ils se révèlent à l'exploration comme une tumeur ou un obstacle de l'uréthre prostatique.

4°) Ils peuvent être d'origine variée : la plupart paraissent d'origine congénitale, d'autres se rapprochent des adénomes ;

5°) Une fois reconnus, ils doivent être opérés rapidement, en raison des troubles graves qu'ils sont susceptibles d'engendrer ;

6°) L'opération de choix est l'ablation : la voie d'abord peut être discutée dans chaque cas suivant le siège et le volume.

Il nous semble que la voie périnéale doit être le plus souvent choisie.

Vu : *Le Doyen*,
H. ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse*,
M. LEGUEU.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
LAPIE

BIBLIOGRAPHIE

Béraud. — *Thèse* (1857).

Planty-Mauxion. — *Thèse* (1878).

Englisch (1873). — *Uber d. Verschlùss der sinus pocularis* (*Jahrb... Gesselsch. d. Artze in Wien*).

Le Dentu. (1878). — *K. Prost.* Bull. Soc. Chirurg. (T. V. — p.27).

Le Dentu et Voillemier (1881). — *Traité des mal. des v. urin.* (t. II, p. 129).

Desnos (1888). — (Bull. Soc. Anatom. p.172) *Grand kyste séreux de la prostate.*

Kirmisson et Desnos (1890) . — *Art. Prostate in Diction. Sciences Méd.*

Springer (1898). — *Zystenbildung aus d. Utric. Prost.* (Z. fur Heilkùnde t.XIX, p. 458).

Abbe (1900). — *Cyst of the Prostate producing retention of urin* (Annals of Surgery t. XXXI, p. 762).

Socin et Burckhardt (1902). — *Z. Klinik v. Prostaterkrankùngen.* Wiener med. Woschench. n° 52).

Falta)1898). — Prager mediz. Wosch.

Liebi (1908) *Uber retrovesikal ù. retroprostat. cysten.* (Deutsche Zeit. f. chir. vol. XCIV p. 16 — 45).

Mikhailow *Un K. de l'Utric. prost.* (Annales des m. org. génit. ur. t. XXVI, p. 975) (art de *méd. Rec.* de New York, 1909).

Castano. — *K. Hemat. Prost.* (Journ. d'Urol. t. VII, n° 1, p. 65).

Leguen et Verliac. — Presse médic. 1910, p. 150.

Legueu. — *Traité chir. d'urologie*, Vol. II.